

Estudiante: _____ FDN: _____ Distrito: _____ Fecha de reunión: _____
 Apellido, Nombre mm/dd/aaaa

PIMERA PLANA – EQUIPO DE PLANIFICACIÓN Y UBICACIÓN (PPT)

Escuela actual de inscripción: _____ Edad: _____ Grado actual: _____ Créditos H.S.: _____ Sexo: Fem. Masc.
 Enseñanza en casa: Sí No Especifique: _____ Raza/ID étnica: Ind. Am. o Indíg. Alask. Asiát. / Is. Pacíf. Negra o Af. Am. Blanca Hispana
 Próx. año escolar: Enseñanza en casa: Sí No Especifique: _____ Si su distrito escolar no tiene su propia escuela superior, ¿está asistiendo el/la estudiante a su escuela superior designada? Sí No N/A
 ID#: _____ Gerente de Caso: _____
 Dirección de Estudiante¹: _____ Idioma de instruc. de estud: Inglés Otro: (especifique) _____
 Padre/Tutor (Nombre): _____ Idioma dominante en casa: Inglés Otro: (especifique) _____
 Padre/Tutor (Dirección): Igual _____ Tel. de casa del estudiante: _____ Tel. casa de padre/madre: _____
 Padre/Madre sustituto: _____ Tel trabajo de padre/madre: _____ Misc. teléfono: _____
 (Nombre y dirección): _____ Fecha eval. más reciente: _____ Fecha próxima eval.: _____
 mm/dd/aaaa mm/dd/aaaa

Razón por la reunión² Revisar el referido Eval/Reeval del plan Revisión de la Eval/Reeval Determinación de elegibilidad Desarrollar el IEP
 Revisar o enmendar el IEP Realizar la revisión anual Planificación de transición Determinación de Manifestación Otro (especifique)

Discapacidad Principal: Autismo Trastorno emocional Discapacidades múltiples Impedimento del habla o leng. Otro impedimento de salud
 Sordera – Ceguera Impedimento de audición Impedimento ortopédico Lesión cerebral traumática OHI – ADD/ADHD
 Atraso de desarrollo (edades de 3 a 5 solamente) Discapacidad intelectual Discapacidades específicas de aprendizaje Impedimento de la vista Se determinará

La fecha proyectada de la próxima reunión de PPT ES: _____

- Elegible como estudiante con necesidad de Educación Especial (Niño evaluado como discapacitado, y necesita educación especial y servicios relacionados.) Sí No
- ¿Esto es una enmienda a un IEP actual? Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha del IEP que se va a enmendar? _____
- Enmiendas adjuntas Sí No

¹ Dirección del domicilio principal del estudiante. ² Se puede escoger más de una selección

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

PIMERA PLANA – EQUIPO DE PLANIFICACIÓN Y UBICACIÓN (PPT)

Miembro del equipo presente (requerido)		
Admin/Designado: _____	Maestro Educ. Espec: _____	TO: _____
Padre/Tutor: _____	Psicólogo Escolar: _____	TF: _____
Padre/Tutor: _____	Trabajo Social: _____	Agencia: _____
Padre Sustituto: _____	Habla/Lenguaje: _____	Otro: (especifique) _____
Estudiante: _____	Consejero: _____	Otro: (especifique) _____
Maestro de Educación _____	Enfermero: _____	Otro: (especifique) _____
Regular del estudiante		

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de la reunión: _____
mm/dd/aaaa

AVISO PREVIO POR ESCRITO

Acciones propuestas	Razones por las acciones propuestas	Procedimiento de evaluación, valoración, registros, o reportes usado como base para las acciones propuestas (Fechado)	Fecha cuando estas acciones se implementarán
	<input type="checkbox"/> El rendimiento educativo apoya las acciones propuestas <input type="checkbox"/> Resultados de evaluaciones apoyan las acciones propuestas <input type="checkbox"/> Se han logrado satisfactoriamente las metas y objetivos anteriores del IEP. <input type="checkbox"/> El estudiante ha satisfecho los criterios de alta <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Logro _____ <input type="checkbox"/> Motor _____ <input type="checkbox"/> Adaptivo _____ <input type="checkbox"/> Reportes de notas _____ <input type="checkbox"/> Observación en el salón _____ <input type="checkbox"/> Revisión de archivo _____ <input type="checkbox"/> Cognitivo _____ <input type="checkbox"/> Conducta social emocional _____ <input type="checkbox"/> Comunicación _____ <input type="checkbox"/> Reportes de maestros _____ <input type="checkbox"/> Desarrollo _____ <input type="checkbox"/> Otro: (especifique y fechado) _____ <input type="checkbox"/> Salud/Médico _____	(Mínimo de 5 días escolares desde la fecha en que el padre recibió el Aviso Previo Por Escrito) Fecha(s):
Acciones Negadas	Razones por acciones negadas	Procedimiento de evaluación, valoración, registros, o reportes usado como base para la negación (Fechado)	
	<input type="checkbox"/> El rendimiento educativo apoya la negación <input type="checkbox"/> Resultados de evaluaciones apoyan la negación <input type="checkbox"/> Se han logrado satisfactoriamente las metas y objetivos anteriores del IEP. <input type="checkbox"/> El estudiante ha satisfecho los criterios de alta <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Logro _____ <input type="checkbox"/> Motor _____ <input type="checkbox"/> Adaptivo _____ <input type="checkbox"/> Reportes de notas _____ <input type="checkbox"/> Observación en el salón _____ <input type="checkbox"/> Revisión de archivo _____ <input type="checkbox"/> Cognitivo _____ <input type="checkbox"/> Conducta social emocional _____ <input type="checkbox"/> Comunicación _____ <input type="checkbox"/> Reportes de maestros _____ <input type="checkbox"/> Desarrollo _____ <input type="checkbox"/> Otro: (especifique y fechado) _____ <input type="checkbox"/> Salud/Médico _____	

Estudiante: _____
 Apellido, Nombre

FDN: _____
 mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de la reunión: _____
 mm/dd/aaaa

AVISO PREVIO POR ESCRITO

Otras opciones consideradas y rechazadas a favor de las acciones propuestas	El razonamiento para rechazar otras opciones	Otros factores que son relevantes a esta acción	Información de salida
<input type="checkbox"/> La ubicación de tiempo completo en la educación general con ayudas y servicios suplementarios. <input type="checkbox"/> Ninguna otra opción fue considerada y rechazada. <input type="checkbox"/> Otras opciones consideradas y rechazadas a favor de esta acción: _____	<input type="checkbox"/> Las opciones no proveerían al estudiante de un programa apropiado en el Entorno Menos Restringido <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique) _____	<input type="checkbox"/> No hay otros factores que sean relevantes a la decisión del PPT <input type="checkbox"/> Información/preocupaciones expresadas por los padres <input type="checkbox"/> Información/preocupaciones expresadas por el estudiante <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Fecha de salida de Educación especial: _____ <input type="checkbox"/> Regreso a Educación General <input type="checkbox"/> Razón por salida de Educación Especial: _____

Padres – por favor noten: Bajo las salvaguardas de procedimiento bajo la Ley de Educación de con Discapacidades (IDEA), una copia de Las Salvaguardas de Procedimiento en la Educación Especial, se entregará a los padres de un niño con una discapacidad solamente una vez al año, con la excepción de que una copia será entregada a los padres: 1) en el momento de un referido o petición inicial de los padres para una evaluación, 2) en el primer acontecimiento de la presentación de una queja bajo la Sección 615(b)(6), 3) cuando un padre la pida, y 4) en el momento de un cambio de ubicación que resulte de una acción disciplinaria. Una copia de Las Salvaguardas de Procedimiento en la Educación Especial, la cual explica estas protecciones **se hizo disponible anteriormente en este año escolar (fecha) está adjunta a este documento** Una copia de Las Salvaguardas de Procedimiento en la Educación Especial está disponible en el sitio Web del distrito escolar : **[Delete if not available on line]**. Si usted necesita ayuda para comprender las provisiones de IDEA, por favor póngase en contacto con el director de la escuela de su niño, el director de la educación especial del distrito, o con el Centro de CT de Capacitación e Información para Padres designado por el gobierno federal (CPAC al 800-445-2722). Para recibir una copia de "A Parent's Guide to Special Education in CT" y otros recursos, comuníquese con SERC (800-842-8678) ó vaya al: www.state.ct.us/sde/deps/special/index.htm.

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y FUNCIONAL

(La siguiente información fue derivada de: Información de reportes y documentación de rendimiento en el salón de clase, reportes de padres/estudiante, evaluaciones basadas en el currículo y estandarizadas, observaciones, resultados de CMT y CAPT y muestras del trabajo del estudiante)

Aportaciones y preocupaciones de los padres y del estudiante	

Área (Describa brevemente el rendimiento actual)	Fortalezas (Incluyendo datos apropiados)	Preocupaciones/Retos/Necesidades (Incluyendo datos apropiados)	Aportaciones y preocupaciones de los padres y el estudiante	Impacto de la discapacidad del estudiante sobre su participación y progreso en el currículo de la educación general o actividades preescolares apropiadas.
Académica/cognitiva: Artes de lenguaje <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Académica/cognitiva: Matemática <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Otras áreas Académicas/ No académicas <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y FUNCIONAL

Área (Describe brevemente el rendimiento actual)	Fortalezas (Incluyendo datos apropiados)	Preocupaciones/Retos/Necesidades (Incluyendo datos apropiados)	Aportaciones y preocupaciones de los padres y el estudiante	Impacto de la discapacidad del estudiante sobre su participación y progreso en el currículo de la educación general o actividades apropiadas antes de la escuela.
Conductual/Social/Emocional <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad				
Comunicación: <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad				
Vocacional/Transición <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad				
Salud y desarrollo -Incluyendo visión y audición <input type="checkbox"/> Apropiado a la edad				

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

NIVELES ACTUALES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y FUNCIONAL

Motor fino y grueso <input type="checkbox"/> Apropriado a la edad				
Actividades de diario vivir <input type="checkbox"/> Apropriado a la edad				
Otro <input type="checkbox"/> Apropriado a la edad				

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN

1. No Aplicable: El estudiante no ha cumplido 15 años y la planificación de transición no es requerido ni apropiada en este momento.
 2. Este es el primer IEP por implementarse después del 15° cumpleaños del niño, o más joven, si es apropiado y se requiere la planificación de transición.
 3. **Preferencias / intereses del estudiante – documento lo siguiente:**
 - a) ¿Se le invitó al estudiante a asistir a su reunión del Equipo de Planificación y Ubicación? Sí No
 - b) ¿Asistió el estudiante? Sí No
 - c) ¿Cómo se determinaron las preferencias/intereses del estudiante, según se relacionen con Servicios de Planificación para Transición? Evaluación Informal/Formal apropiada para su edad
 Entrevistas personales Comentarios en la reunión Evaluaciones vocacionales funcionales Otro: (especifique) _____
 - d) Resuma las preferencias/intereses del estudiante según se relacionen con Servicios de Planificación para Transición: _____
-
4. **Resultados anticipados después de la escuela secundaria (Marque todos los que apliquen):**
 Educación Post-secundaria Educación Vocacional Empleo integrado Servicios a Adultos Vida Independiente o Participación en la Comunidad
 5. **Participación de Agencia:** N/A
 - a) ¿Se invitaron agencias externas a la reunión del PPT? Sí No (Si no, especifique la razón) _____
 - b) En caso afirmativo, ¿asistió un representante de la agencia? Sí No
 - c) ¿Alguna agencia participante ha aceptado proporcionar o pagar servicios/vínculos? No Sí (especifique) _____
 6. **Resumen de los servicios de transición recomendados en este IEP y el(los) entorno(s) donde estos servicios serán efectuados: (Complete los puntos abajo que apliquen) N/A**
 - a) Se desarrollará y se implementará una meta de Empleo/Post Educación Secundaria y objetivos relacionados en el(los) siguiente(s) entorno(s):
(marque cada uno que aplique) Instrucción/Actividades basadas en la escuela Actividades/Experiencias basadas en la comunidad
 - b) Se desarrollará y se implementará una meta de Vida Independiente y objetivos relacionados en el(los) siguiente(s) entorno(s):
(marque cada uno que aplique) Instrucción/Actividades basadas en la escuela Actividades/Experiencias basadas en la comunidad
 - c) Se desarrollará y se implementará una meta de Participación en la Comunidad y objetivos relacionados en el(los) siguiente(s) entorno(s):
(marque cada uno que aplique) Instrucción/Actividades basadas en la escuela Actividades/Experiencias basadas en la comunidad
 7. Si el estudiante tiene metas de transición y objetivos relacionados, responda a lo siguiente: No Aplicable
 - a) El curso de estudios que se necesita para ayudar al niño a lograr las metas de transición y los objetivos relacionados incluirá:
(p.ej. Estudiante se inscribirá en cursos de preparación para colegio / estudiante participará en clases de exploración de carreras) : _____
 - b) Los servicios relacionados que se necesitan para ayudar al niño a lograr las metas de transición y los objetivos relacionados incluirán: _____
 - c) Los aparatos y/o servicios de tecnología de ayuda que se necesitan para ayudar al niño a lograr las metas de transición y los objetivos relacionados incluirán: _____

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN

8. Por lo menos un año antes de cumplir 18 años, el estudiante tiene que ser informado de sus derechos bajo IDEA, los cuales serán transferidos a él o ella a la edad de 18 años.

NA (Estudiante no tendrá 17 años dentro de 1 año) Estudiante ha sido informado sobre sus derechos bajo IDEA que se le transferirán a los 18 años No se transferirán derechos de IDEA

9. Para un niño cuya elegibilidad bajo educación especial terminará al año siguiente debido a graduación con un diploma de educación regular o por haber excedido la edad de elegibilidad, el Resumen de Rendimiento tendrá que completarse a más tardar para: (Especifique la fecha)

Padres por favor noten: Los derechos concedidos a los padres bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) son trasferidos a los estudiantes al cumplir la mayoría de edad (18 años), a menos que se hubiese obtenido la tutoría legal.

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

Adaptaciones y modificaciones de Programa – INCLUYENDO ACTIVIDADES NO ACADÉMICAS Y EXTRACURRICULARES/COLABORACIONES/APOYOS PARA PERSONAL ESCOLAR

Adaptaciones y modificaciones que se proporcionarán para permitir que el niño: <ul style="list-style-type: none">- Avance apropiadamente hacia la realización de sus metas anuales- Participe en, y progrese en el currículo de la educación general- Participe en actividades extracurriculares y otras actividades no académicas, y- Se eduque y participe con otros niños con y sin discapacidades Las adaptaciones pueden incluir aparatos y servicios de tecnología de ayuda	Sitios/Actividades donde se requieren y la duración
Materiales / Libros / Equipo: _____ _____	
Exámenes / Pruebas cortas / Evaluaciones: _____ _____	
Calificaciones: _____ _____	
Organización: _____ _____	
Entorno: _____ _____	
Manejo / Apoyo de Conducta: _____ _____	
Estrategias de instrucción: _____ _____	
Otro: _____ _____	

Note: Al especificar los apoyos requeridos para que el personal implemente este IEP, incluya los apoyos específicos requeridos, las veces que han de proporcionarse (frecuencia) y por cuánto tiempo (duración).

La frecuencia y duración de los apoyos requeridos para que personal de la escuela implemente este IEP incluyen: _____

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

PRUEBAS Y ADAPTACIONES ESTATALES Y DE DISTRITO
La sección CMT/CAPT o de Todo el Distrito tiene que llenarse

<u>CMT/CAPT-INDIQUE EL GRADO DEL ESTUDIANTE CUANDO LA PRUEBA ESTÁ CITADA</u>	<u>EVALUACIÓN POR TODO EL DISTRITO- INDIQUE EL GRADO DEL ESTUDIANTE ESTUDIANTE CUANDO LA PRUEBA ESTÁ CITADA</u>
<input type="checkbox"/> Grado 3: <input type="checkbox"/> Grado 4: <input type="checkbox"/> Grado 5: <input type="checkbox"/> Grado 6: <input type="checkbox"/> Grado 7: <input type="checkbox"/> Grado 8: <input type="checkbox"/> Grado 10: <input type="checkbox"/> Grado 10 (Repetir la prueba): <input type="checkbox"/> Grado 11:	<input type="checkbox"/> Grado Pre-K: <input type="checkbox"/> Grado K: <input type="checkbox"/> Grado 1: <input type="checkbox"/> Grado 2: <input type="checkbox"/> Grado 3: <input type="checkbox"/> Grado 4: <input type="checkbox"/> Grado 5: <input type="checkbox"/> Grado 6: <input type="checkbox"/> Grado 7: <input type="checkbox"/> Grado 8: <input type="checkbox"/> Grado 9: <input type="checkbox"/> Grado 10: <input type="checkbox"/> Grado 11:
<p style="text-align: center;"><u>CMT/CAPT-marque la opción apropiada</u></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Administración estándar* <input type="checkbox"/> Se llenó el formulario de adaptaciones para CMT/CAPT y se adjunta.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Utilice la Lista de Control de Destrezas de CMT/CAPT</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Exento**</p> <p>*Llene el formulario de adaptaciones (CMT/CAPT) para la administración estándar solamente en caso necesario. Someta uno electrónicamente, adjunte uno al IEP y retenga una copia para los archivos del maestro.</p> <p>**"Exento" solamente se aplicará a un estudiante de educación especial que también hubiese sido identificado como estudiante que Está Aprendiendo Inglés y que haya estado inscrito en una escuela en los EEUU durante menos de 10 meses escolares Y el estudiante hubiese tomado las Escalas de Evaluación de Lenguaje (LAS/LAS Enlaces) por lo menos una vez desde el 1° de marzo de 2005.</p>	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN POR TODO EL DISTRITO- marque la opción apropiada</u></p> <p><input type="checkbox"/> 1. NA- No se cita ninguna evaluación por todo el distrito durante el término de este IEP</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Administración estándar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Especifique las adaptaciones</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Exento: Explique por qué la administración estándar no es apropiada y cómo el estudiante será evaluado (requirido)</p>

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

FACTORES ESPECIALES, REPORTES DE PROGRESO, CRITERIOS DE SALIDA

CONSIDERACIÓN DE FACTORES ESPECIALES:

1. Para estudiantes cuyo comportamiento impida su aprendizaje o el de otras personas, el PPT ha considerado otras estrategias, intervenciones conductuales positivas y apoyos que tratan con dicha conducta, y:

NA Se ha desarrollado un plan de intervención conductual Se han desarrollado Metas y Objetivos para tratar con la conducta Otro: (especifique) _____

2. Para estudiantes con dominio limitado del inglés, el PPT ha considerado las necesidades de lenguaje de lestudiante según estas necesidades se relacionen con el IEP del estudiante y recomendó lo siguiente:

NA Recomendación: (especifique) _____

3. Para estudiantes ciegos o impedidos de la vista: NA Instrucción en Braille o se está proporcionando Braille según la necesidad El PPT ha determinado, después de una evaluación de las necesidades de destrezas de lectura y escritura del estudiante, y apropiados medios de lectura y escritura (incluyendo una evaluación de la necesidad del estudiante en el futuro para instrucción en Braille o el uso de Braille), que la instrucción en Braille o el uso de Braille no es apropiado para este estudiante.

4. Para estudiantes sordos o duros de audición, el PPT ha determinado (después de considerar las necesidades del estudiante en lenguaje y comunicación, oportunidades para comunicaciones directas con sus condiscípulos y personal profesional en el modo de lenguaje y comunicación del estudiante, su nivel académico y su gama total de necesidades, incluyendo oportunidades para instrucción directa en el lenguaje y medio de comunicación del estudiante, y considerando si el estudiante requiere aparatos y servicios de tecnología de ayuda) que se requieren los siguientes servicios:

NA No requiere servicios

Servicios / modificaciones requeridos: (especifique) _____

REPORTES DE PROGRESO

1. Un reporte del progreso hacia el logro de las Metas Anuales Medibles o los Objetivos de Corto Plazo incluidos en este IEP se enviarán periódicamente a los padres, de acuerdo con el siguiente plan:

Trimestralmente Consistente con los reportes de nota del grado Otro: (Especifique) _____

CRITERIOS DE SALIDA

1. Criterios de salida: Se le dará de alta al niño de la Educación Especial cuando: (Indique uno) Tenga la capacidad de tener éxito en la Educación Regular sin el apoyo de Educación Especial Graduación Edad de 21 años Otro: (especifique) _____

Estudiante: _____
Apellido, Nombre

FDN: _____
mm/dd/aaaa

Distrito: _____

Fecha de reunión: _____
mm/dd/aaaa

Recopilación Requerida de Datos

(Tome los datos en el desarrollo inicial de un IEP y en las Revisiones Anuales subsiguientes: No es un componente del IEP)

Para niños de 3 a 5 años

- Fecha en que PPT se reunió para redactar IEP original: _____ Fecha efectiva del IEP original de niño (Fecha de inicio de servicios): _____
- ¿Recibió el niño alguna vez servicios de Nacimiento a Tres? Sí No
- Si la fecha efectiva del IEP original de niño (Fecha del inicio de servicios por primera vez) no fue antes del 3^{er} cumpleaños del niño, ¿por qué? _____
- Referido tardío / se mudó al distrito tarde (menos de 90 días antes 3^{er} cumpleaños) Opción de padre(s) Otro: (Especifique)

Ubicación / Entornos para 3 a 5 años de edad:

- Programa Prekinder o Kinder de temprana edad Programa de Educ. Especial de temprana edad en salón aparte Programa de Educ. Especial de temprana edad en escuela aparte Programa de Educ. Especial de temprana edad en una facilidad residencial
- Domicilio Local de Proveedor de servicios (Servicios Itinerantes)

Ubicación educativa - 3 a 21 años

1. Sitio educativo (3-21 años de edad):

- Prog. Educ. Esp. privado, aprobado Pre-K basada en la Comunidad Academia Capitalizada e Incorporada* Head Start Hospital o en domicilio
- Dentro del Distrito Imán Prog. Educ. Esp. no aprobado Otra agencia privada Otro distrito escolar público
- Fuera del estado Escuela privada / religiosa RESC (Prog. Educ. Esp.) (Incluyendo de Estatuto Público)

2. Razón principal por el lugar educativo

- Esc. de Estatuto (Opción de padres) Orden de Corte después de Proceso Debido CTHSS(Vo-Tec) (Opción de padres) Decisión de Audiencia de Expulsión Sin hogar
- Inter-distrito Imán (Opción de padres) Entorno Alternativo Educativo Interino (IAES) Acuerdo de mediación Médico (Hospital/en domicilio) Ninguna (Esperando ubicación) Restricción no educativa / Límite de tratamiento
- Opción abierta (Ubicación de padres) Resolución de Ubicación por padres / BOE PPT Plan de servicio solo (Ubic. de padres) Escuela Vo-Ag (Opción de padres)

2a. Si la respuesta arriba es "Restricción no educativa / Límite de tratamiento," ¿quién estableció la restricción / límite?

- DCF DMR Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción Departamento Judicial Médico

3. Si el estudiante no vive en casa, ¿dónde vive?

- Facilidad correccional Hogar de crianza temporal Hospital Centro de detención municipal Centro diagnóstico de Permanencia
- Residencia familiar permanente Centro de detención privado Hogar grupal privado Centro Privado de Tx Residencial Hogar grupal público
- Centro Público de Tx Residencial Hogar seguro Vivienda apoyada Albergue temporal Hogar de crianza de transición

3a. Si el estudiante es ubicado fuera del hogar por razones que no sean educativas, ¿quién fue el agente de ubicación?

- DCF DMR Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción Gov. de tribu indígena amer. con reconocim. federal Departamento Judicial Médico

GRADUACIÓN

1. El estudiante está programado para graduarse dentro de:
(Marque la casilla aplicable en la revisión anual durante el 9^o grado del estudiante)

- 4 años Otro: (especifique): _____
- 5 años _____
- 6 años _____
- 7 años _____

*Gilbert School, Norwich Free Academy, Woodstock Academy